

Brustkrebsfrüherkennung durch Mammografie – zur Information im Dschungel der Meinungen

In Österreich wird nun ein systematisches Brustkrebs-Screening eingeführt. Alle Frauen zwischen 45 und 69 Jahren werden alle zwei Jahre eine persönliche Einladung zur Mammografie erhalten, mit der sie direkt (ohne Überweisung) zur Untersuchung gehen können. Die Patientinnen können dort einen Arzt ihres Vertrauens (Hausarzt oder Gynäkologe) angeben, der dann über die Durchführung der Mammografie informiert wird. Den Befund erhalten allerdings auf Wunsch der Gynäkologen nur die Frauen, nicht der Vertrauensarzt. Frauen zwischen 40 und 44 oder zwischen 70 und 74 Jahren können auf eigenen Wunsch teilnehmen und bei der Telefon-Serviceline eine Einladung anfordern. Die Zuweisung zur kurativen Mammografie ist bei Vorliegen von Gründen natürlich weiterhin möglich.

Bisher gab es ein „graues“ oder auch „opportunistisch“ genanntes Screening, das unstrukturiert und unsystematisch erfolgte, also ohne Definition von Zielgruppen, Screeningabständen und Qualitätsvorgaben.

Das Einladungsscreening möchte auch jene Frauen erreichen, die bisher aufgrund spärlicher Arztkontakte keinen Zugang zur Brustkrebs-Früherkennung hatten, und es gibt genaue Vorgaben zur Qualitätssicherung. Es definiert sowohl Anforderungen an die apparative Ausstattung als auch an die Schulung aller beteiligten Berufe, die Berufung erfolgt im Vier-Augen-Prinzip.

Die Entscheidung für die systematische Brustkrebsfrüherkennung in Österreich wurde intensiv, kontroversiell und teils sehr heftig diskutiert. Letztlich fiel sie auch wegen der Nachteile der bisherigen Vorgangsweise positiv aus.

Kontrovers wurde und wird vor allem das Ausmaß der Senkung der Brustkrebs-Mortalität in Relation zu einer möglichen Erhöhung der Brustkrebs-Morbidität durch Überdiagnosen (die zur Behandlung von Tumoren führen, die nie klinisch relevant geworden wären) beurteilt.

Die Faktenlage ist nur mehr nach intensiver Einarbeitung zu überblicken und die Zahlen, die für den möglichen Nutzen und potenziellen Schaden angegeben werden, divergieren je nach Quelle erheblich. Unterschiedliche Übersichtsarbeiten kommen, trotz gleicher Datenlage, zu unterschiedlichen Aussagen, je nach Auswahl und Bewertung der verfügbaren Quellen.

Die ÖGAM hat in Zusammenarbeit mit einer hochkarätigen Expertengruppe eine Übersicht über die Bandbreite der Einschätzung von möglichem Nutzen und Schaden der Untersuchung erarbeitet. Sie soll die Fülle der Informationen für den praktisch tätigen Arzt übersichtlicher machen und die objektive, patientinnenorientierte

Beratung erleichtern und ist ab sofort online über die Homepage der ÖGAM zugänglich (www.oegam.at). Denn es wird neben Frauen, denen die Entscheidung leichtfällt, auch solche geben, die sich beraten lassen möchten. Die meisten von ihnen werden sich bei ihrem Hausarzt oder bei ihrem Gynäkologen informieren.

Der Umgang mit Komplexität und Unsicherheit ist eine nicht unbekanntes Aufgabenstellung in der Medizin – vor allem in der Allgemeinmedizin, die sich mit dem gesamten Menschen und seinen Unwägbarkeiten beschäftigt. Auch in diesem Fall müssen wir damit leben, dass es echte Gewissheiten nicht gibt. Weder der Nutzen noch der Schaden sind eindeutig quantifizierbar, und es gibt keine Anhaltspunkte, aufgrund derer man vorhersagen könnte, welche Frau profitieren wird und welche nicht. Selbst im Nachhinein ist es nicht immer möglich zu klären, ob eine Behandlung lebensrettend war oder möglicherweise gar unnötig.

Letztlich wird es auch von der Wertewelt und der Lebenseinstellung der einzelnen Frau abhängen, ob sie den möglichen Nutzen über den eventuellen Schaden stellt oder umgekehrt.

Angesichts der uneinheitlichen Datenlage scheint uns wesentlich, dass, unabhängig von der persönlichen Haltung des beratenden Arztes, weder abgeraten noch zur Untersuchung gedrängt werden sollte. Dies ist aus rechtlichen Gründen wichtig (Dokumentation nicht vergessen!), aber ebenso aus Respekt vor der individuellen Entscheidung der Frau.



Dr. Susanne Rabady

*Dr. Susanne Rabady
Vizepräsidentin der ÖGAM
Ärztin für Allgemeinmedizin, Windsteig*

**Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren
vielfältig und umfangreich geworden.**

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

EbM-Guidelines: Obstipation

Zielsetzungen

- Eine Obstipation sollte als mögliche Ursache für gastrointestinale Beschwerden bei Kindern erkannt werden.
- Eine leichte Verstopfung bei einem Kind kann meist mit einer Ernährungsumstellung behoben werden, die die Darmmotilität anregt und zu regelmäßiger Darmentleerung führt. Eine vermehrte körperliche Betätigung sollte ebenfalls gefördert werden.
- Die Ursachen für eine Obstipation können auch außerhalb des Kolons liegen (z.B. Nahrungsmittelallergien bei Säuglingen oder Zöliakie bei Kleinkindern).

Behandlungsbedürftigkeit

- Eine Obstipation muss behandelt werden, wenn:
 - die Defäkation mit Schmerzen oder Angst verbunden ist.
 - die Defäkation nur mit großer Anstrengung möglich ist.
 - die Stuhlfrequenz weniger als einmal alle drei Tage beträgt.
- Eine Enkopresis ist immer behandlungsbedürftig.
- Bei gestillten Säuglingen sind Abstände bis zu einer Woche zwischen den Defäkationen normal. Wenn das Baby symptomfrei ist und normal trinkt, sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Bei auffälligen Säuglingen oder noch längeren Intervallen sollte das Kind zur Abklärung möglicher Ursachen und einer eventuellen Therapie einem Spezialisten vorgestellt werden.
- Charakteristisch für Morbus Hirschsprung ist das erste Auftreten der Symptome gleich nach der Geburt, das Fehlen einer Enkopresis sowie – relativ häufig – Erbrechen, geblähtes Abdomen und verzögerte Mekonium-Ausscheidung.
- Bei einem Anus perinealis anterior handelt es sich um eine anorektale Fehlbildung, die vorwiegend bei Mädchen auftritt und bei der der Analkanal nach vorne verlagert und meist auch verengt ist.
- Angeborene Analstrikturen und myogene Achalasien (permanente Kontraktion der Sphinktermuskeln) sind selten.

Funktionelle Obstipation

1. Gelegentliche Verstopfung ohne Enkopresis

- Die häufigste Art der Verstopfung.
- Löst sich meist spontan, gutes Ansprechen auf eine Therapie.

2. Willkürliche Koordinationstörung bei der Defäkation

- Entwickelt sich typischerweise bei Kindern zwischen zwei und drei Jahren meistens nach einer schmerzhaften Darmentleerung, zum Beispiel aufgrund einer Analfissur.
- Das Kind lernt, wie es seinen Stuhl zurückhält.
- Der Zustand kann üblicherweise leicht behoben werden, wenn die Behandlung bald nach dem ersten Auftreten der Symptome einsetzt.
- Die Fissur heilt normalerweise, sobald die Verstopfung behoben ist. Das Abheilen der Fissur kann durch die Applikation von Vaseli-

ne oder einer anderen topischen Salbe oder mit hydrocortisonhaltigen Cremes und Zäpfchen unterstützt werden.

3. Unwillkürliche Koordinationstörung bei der Defäkation

- Dem Kind ist die Störung nicht bewusst.
- Es ist häufig reichlich eher weicher Stuhl vorhanden, während der Defäkation kommt es zu einer paradoxen Kontraktion des externen Sphinkters.
- Hilfe wird in der Regel erst gesucht, wenn das Kind fünf bis sechs Jahre alt ist.
- Gelegentlich wird das Phänomen als emotionale Störung missinterpretiert, eine psychiatrische Intervention bleibt ohne Erfolg.

4. Defäkationsstörungen aufgrund emotionaler Ursachen

- Eine sorgfältige Untersuchung und Therapie durch einen Kinderpsychiater ist in diesen Fällen erforderlich.
- Die Koordinationstörungen (Gruppe 2 und 3) sind zusammen etwas häufiger als emotionale Ursachen – die Fälle der Gruppe 1 nicht mitgerechnet.
- Eine Enkopresis allein genügt nicht für die Diagnose „emotionale Störung“, da das Kotschmieren auf eine Überlaufdiarrhö zurückgehen kann.
- Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen Typ 3 und Typ 4 kann schwierig sein. Eine genaue Anamnese ist erforderlich, eventuell auch eine Begutachtung durch den Kinderpsychiater.

Behandlung

Die Behandlung der chronischen Obstipation besteht aus vier Phasen: Information, stuhlabführende Maßnahmen, Verhinderung der Neuansammlung von Stuhlmassen und Wiederherstellung der regelmäßigen Darmentleerung.

Behandlung einer akuten Phase

1. Wenn seit einigen Wochen eine schwere Verstopfung vorliegt, sollten eine Entleerung der großkalibrigen Kotwalze und ein Toilettentraining erfolgen, damit die Darmentleerung wieder normal funktioniert. Dies erreicht man am besten durch Verabreichung eines kleinen Klistiers (Miniklistiers) am Morgen von fünf aufeinanderfolgenden Tagen. Wenn nötig, kann die Stuhlentleerung wiederholt werden.
2. Gleichzeitig sollte mit der längerfristigen Einnahme eines Lactulosepräparats begonnen werden. In leichteren Fällen und bei Säuglingen kann das allein schon ausreichen. Das Ziel ist, die Stühle so weich zu machen, dass das Kind lernt, dass die Darmentleerung nicht mehr schmerzhaft ist. Die Initialdosis für Säuglinge beträgt 3–10 ml und für Kinder zwischen zwei und sechs Jahren 10–15 ml. Dann wird die Dosierung so gewählt, dass sie keine Diarrhö auslöst. Laxanzien mit Füll- und Quellstoffen enthalten Plantago-Samen und können zusammen mit oder statt der Lactulose eingesetzt werden, wenn die Lactulose-Behandlung allein nicht zielführend ist. Eine langfristige Verwendung dieser Laxanzien-Typen

im Kindesalter

sollte allerdings vermieden werden. Bei Bedarf können nach der initialen Klistiergabe stimulierende Laxanzien (Bisacodyl, Na-Picosulfat, Dantron) täglich verwendet werden. Diese sollten jedoch sobald wie möglich durch Lactulose ersetzt werden.

3. Gleichzeitig muss eine Änderung der Ernährungsgewohnheiten eingeleitet werden, die Nahrung sollte möglichst faserreich sein.
4. Das Ansprechen auf die Behandlung wird in jedem Fall nach vier bis sechs Wochen überprüft. Sollte die Stuhlretention wieder auftreten, sollte die Überweisung an einen Kinderarzt überlegt werden (Kolographie, anorektale Manometrie, Rektumbiopsie).

Komplikationen

- Eine Verstopfung im Kindesalter ist als schwer anzusehen, wenn sie mit einer Überlaufenkopresis verbunden ist oder der Patient ein Megakolon mit Stuhlretention hat, die sowohl klinisch als auch im Röntgen nachweisbar ist. Ein zusätzliches wichtiges Kriterium ist schlechtes Ansprechen auf die bisherige Medikation, ein rasches Rezidiv nach Behandlung sowie zusätzlich urologische Probleme.
- Eine schwere idiopathische Obstipation in der Kindheit tritt bei Buben häufiger auf als bei Mädchen. Meist tritt die Symptomatik im Alter von zwei bis vier Jahren auf, aber in fast 25% der Fälle manifestiert sich eine Verstopfung erstmals, wenn das Kind jünger als zwölf Monate alt ist.
- Bei schwerer Obstipation ist die Zusammenarbeit mit einem Kinderarzt erforderlich, bei Bedarf sollten auch ein Kinderchirurg und ein Kinderpsychiater kontaktiert werden.
- Am Anfang der Behandlung können einige Monate lang Natriumpicosulfat-Tropfen eingesetzt werden, entweder allein oder in Verbindung mit Lactulose. Jeden Tag zur selben Zeit wird zwölf bis 24 Stunden vor der gewünschten Defäkationszeit eine Einzeldosis gegeben.



In knapp 25% der Fälle manifestiert sich eine Verstopfung erstmals innerhalb der ersten zwölf Lebensmonate

- Auch Macrogol kann bei Kindern zur Behandlung der Obstipation eingesetzt werden, ein bis zwei Päckchen des Pulvers in pädiatrischer Dosierung täglich.
- Bei einer therapieresistenten idiopathischen Obstipation kann in seltenen Fällen eine chirurgische Intervention notwendig werden.

Literatur:

Clayden GS. Optimal management of chronic constipation. *Clin Pediatr* 1994; 2:625–644

Autoren:

Erkki Heikkinen und Merja Ashorn

Review: Susanne Rabady

Artikel ID: ebd00923 (031.064)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Das Redaktionsteam:

Dr. Cornelia Croy, Dr. Barbara Degn, Dr. Reinhold Glehr,
Dr. Susanna Michalek, Dr. Elisabeth Modler,
Dr. Peter Pichler, Dr. Susanne Rabady

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

Mammografie-Screening

Vorteile vs. Nachteile | Aktueller Stand der evidenzbasierten Forschung

PROGRAMM

15:00–18:30 **Block 1: Workshops mit Impulsreferaten**

15:00–16:00 **Workshop I: „Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin“ am Beispiel „Brustkrebs-Vorsorge“ | Cochrane-Review „Screening for breast cancer with mammography“**
Einführung in die Grundlagen der EbM anhand relevanter Studien zum Mammografie-Screening (EN/DE) |
Gerd Gigerenzer & Karsten Juhl Jørgensen

16:15–17:15 **Workshop II: Mammografie und Tastbefund**
Sensitivität, Spezifität, positiv und negativ prädiktiver Wert, Überdiagnose; Auswirkung von Screening auf Neuerkrankungs- und Sterberate; Daten des Tumorregisters Tirol |
Andrea Siebenhofer-Kroitzsch & Christoph Fischer

17:30–18:30 **Workshop III: Empfehlungen zum Mammografie-Screening, hausärztliche Beratung, Patientenautonomie, informierte Patientenentscheidung |**
Andreas Sönnichsen & Herbert Bachler
Rechtsgrundlagen der hausärztlichen Begleitung von Patienten auf dem Weg zur informierten Entscheidungsfindung |
Rechtsanwalt Mag. Mathias Kapferer

19:00–21:45 **Block 2: Hauptprogramm**

19:00–19:30 **Eröffnung** Univ.-Prof. Dr. Karlheinz Töchterle,
Landesrat Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Ing. Bernhard Tilg
Die neue TGAM-Patienteninformation zum Mammografie-Screening | *Herbert Bachler*

19:30–19:40 **Das Tiroler Modell |** *Martin Daniaux*

19:40–19:50 **Ist das „Nationale Brustkrebs-Früherkennungsprogramm“ eine Verschlechterung im Vergleich zum „Tiroler Modell“? |**
Christian Marth

19:50–20:00 **Mammografie bei BRCA1/2-Mutations-trägerinnen |** *Johannes Zschocke*

20:00–20:20 *Diskussion zu Teil I*

20:30–20:40 **Nutzen und Schaden des Mammografie-Screenings |** *Uwe Siebert*



www.tgam.at
TGAM
 Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin

>> **EXPERTEN-MEETING**
 03. 02. 2014, Innsbruck

MAMMOGRAFIE-SCREENING: Vorteile vs. Nachteile | Aktueller Stand der evidenzbasierten Forschung

20:40–20:50 **Overdiagnosis in Breast Cancer Screening |**
Karsten Juhl Jørgensen

20:50–21:05 *Diskussion zu Teil II*

21:10–21:20 **Umgang mit Risiken und Unsicherheiten, individuelle Risikokompetenz |** *Gerd Gigerenzer*

21:20–21:30 **Wahrheitsgemäße Aufklärung – Nutzen oder Schaden? |** *Andreas Sönnichsen*

21:30–21:45 *Diskussion zu Teil III*

Moderation des Programms: Dr. Bachler, Dr. Fischer, Dr. Schirmer, Dr. Siebenhofer-Kroitzsch. Die Veranstaltung ist mit 10 Punkten für das DFP approbiert (DFP-ID: 494322)

Anmeldung: www.tgam.at oder org@tgam.at